

Hjärta - Angina Pectoris – Remiss till hjärtmottagningarna på Hallands sjukhus

Hitta i dokumentet

[Inledning](#)

[Följande bör ingå i remissen](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Inledning

Vid bedömning av misstänkt angina pectoris är anamnesen viktigast för att avgöra vem som har nytta av vidare utredning och vilken diagnostisk metod som i så fall är lämpligast. Övrig sjukhistoria, ålder och livskvalité vägs in. Basal utredning och provtagning enligt nedan bör utföras och framgå i remissen. Patienter som bara haft en enskild episod av bröstbehag behöver vanligtvis inte utredas. Effortdyspné kan vara en anginaekvivalent (särskilt vid diabetes) och motiverar remiss för ischemiutredning vid högre misstanke och om pulmonell orsak uteslutits.

Obs! Viktigt att identifiera patienter med misstanke om akut koronart syndrom som ska inremitteras akut för ineliggande utredning.

Grunden för vårdriktlinjen är Europeiska kardiologsällskapets (ESC:s) nya guidelines för "kroniskt koronart syndrom" 2019. Bäst nytta av ischemiutredning har patienter med intermediär eller hög sannolikhet för koronarsjukdom men utredning kan i vissa fall övervägas vid låg sannolikhet om signifikanta riskfaktorer föreligger. För dig som skriver remiss till hjärtmottagningen är det viktigt att se till att remissen är fullständig så att en relevant bedömning kan göras. Behovet och valet av utredningsgång avgörs sedan av remissbedömande kardiolog. Remisser där beslutsunderlaget bedöms otillräckligt kan komma att returneras för komplettering.

Följande bör ingå i remissen

1. En bra anamnes där **tidsförloppet för aktuella besvär** framgår och som beskriver
 - **När** besvären uppkommer (ansträngning/stress? när som helst?)
 - **Var** besvären sitter (centralt i bröstet? övre buken? utstrålning till armar/hals/rygg?)
 - **Hur** det känns (tryckande? åtdragande? stickande? huggande?)
 - **Hur länge** varje attack pågår (sekunder? minuter? timmar?)
 - **Hur snabbt** vila/nitro lindrar vid ansträngningsutlösta besvär.
2. Övrig relevant sjukhistoria
 - Eventuella tidigare hjärtinfarkter eller revaskularisering.
 - Riskfaktorer (rökning, hereditet, hyperlipidemi, diabetes mellitus, hypertoni, kronisk njursvikt, perifer kärlsjukdom, tidigare stroke/TIA etc).
 - Patientens livskvalité och förväntade nytta av ischemiutredning bör framgå vid multisjuklighet.

3. "Base-line testing"

- Blodtryck
- 12-avlednings-EKG
- Labprover: Hb, Na, K, Krea, s-lipider, fasteglukos och HbA1c
(labsvar behöver ej framgå i remiss, men skall tas i samband med besök för att svaren ska finnas tillgängliga vid remissbedömning).

Uppdaterat från föregående version

Ny vårdriktlinje